

AUTEUR: SOPHIE CLAEYS, IBD NURSE

IBD, FERTILITEIT EN ZWANGERSCHAP

De ziekte van Crohn en colitis ulcerosa (Inflammatory Bowel Diseases) komen vaak voor op jonge leeftijd. Zwangerschap en seksualiteit zijn dan ook belangrijke onderwerpen binnen deze patiëntenpopulatie.

VRUCHTBAARHEID

IBD hangt op zich niet samen met een verminderde fertiliteit (*vruchtbaarheid*), toch zijn er een aantal factoren die de voortplanting of de fertiliteit kunnen beïnvloeden: de ziekteactiviteit, het gebruik van bepaalde medicatie en eventuele operaties in het verleden.

Ziekteactiviteit

Wanneer de darmziekte actief is, kan dit gepaard gaan met een verminderde vruchtbaarheid, zowel bij mannen als bij vrouwen. Vermagering, verlies of verminderde opname van vitamines en voedingsstoffen, en het uitblijven van de menstruatie kunnen leiden tot een verminderde kans op zwangerschap. Ook vermoeidheid, depressie of een verminderd libido hebben hier invloed op. Bij de ziekte van Crohn kunnen er ook fistels gevormd zijn rond de anus of de vagina waardoor pijn kan ontstaan tijdens de geslachtsgemeenschap.

Medicatie

De meeste behandelingen hebben geen invloed op de vruchtbaarheid. Alleen sulfasalazine (Salazopyrine®) kan de vruchtbaarheid verminderen bij mannen aangezien deze afwijkingen van de zaadcellen veroorzaakt. Deze bijwerking is gelukkig omkeerbaar. Corticosteroiden (bv. Medrol®, Entocort®, Budenofalk®, Clipper®) kunnen wel een invloed hebben op de hoeveelheid en de motiliteit (*de beweeglijkheid*) van de zaadcellen in het sperma, maar geven niet vaak aanleiding tot verminderde fertiliteit. Ledertrexaat (Methotrexaat®) moet absoluut vermeden worden, zowel bij mannen als bij vrouwen. Niet omdat dit de vruchtbaarheid vermindert, maar wel omdat deze medicatie ernstige genetische afwijkingen kan veroorzaken bij de foetus of kan leiden tot miskramen. Vrouwen dienen deze medicatie minstens 6 maanden vóór de conceptie (*de bevruchting*) te stoppen en mannen 3 maanden vóór de conceptie. Thiopurines zoals azathioprine (Imuran®) en 6-mercaptopurine (Puri-Nethol®) lijken de vruchtbaarheid niet te beïnvloeden. Hoewel er geen specifieke fertiliteitsstudies gebeurd zijn met de biologische behandelingen (bv. infliximab, adalimumab, vedolizumab, ustekinumab), hebben deze vermoedelijk geen invloed op de fertiliteit. De nieuwe klasse van JAK-inhibitoren kunnen de vruchtbaarheid bij mannen mogelijk wél verminderen.

Operaties

De meeste darmoperaties hebben geen invloed op de vruchtbaarheid. Bij pouch-chirurgie (wanneer bij colitis ulcerosa de dikke darm wordt uitgehaald en van het laatste stuk dunne darm een nieuwe endeldarm wordt gemaakt) kan er littekenweefsel optreden rond de eierstokken welke de vruchtbaarheid vermindert. Wanneer de ingreep gebeurt via een kijkoperatie is dit veel minder het geval.

ZWANGERSCHAP

Hoe beïnvloedt IBD de zwangerschap?

Wanneer de ziekte rustig is bij de bevruchting, is de kans op een goed verloop van de zwangerschap net zo groot als bij iemand die geen IBD heeft. Wanneer de ziekte echter actief is tijdens de bevruchting, verhoogt dit de kans op een laag geboortegewicht, vroeggeboorte, miskramen en aangeboren afwijkingen. Het is dan ook belangrijk dat de ziekte onder controle is op het moment dat men zwanger wordt. Wij adviseren daarom ook om een eventuele zwangerschapswens tijdig te bespreken met de gastro-enteroloog. Tijdens de zwangerschap dient men hoe dan ook goed onder opvolging van de gastro-enteroloog te blijven, vermits er steeds een risico is dat de ziekte terug opflakkert (zeker bij colitis ulcerosa).

Welke geneesmiddelen mag ik doornemen tijdens de zwangerschap?

Om er voor te zorgen dat de ziekte rustig is op het moment van conceptie en tijdens de zwangerschap, is medicatie vaak essentieel. Gelukkig kunnen de meeste behandelingen verder genomen worden gedurende de zwangerschap, met uitzondering van ledertrexaat (Methotrexaat®). Ledertrexaat is geassocieerd met miskramen en aangeboren afwijkingen en moet dus tenminste 6 maanden vóór de conceptie gestaakt worden. Mesalazine (bv. Pentasa®, Colitofalk®, Claversal®) en sulfasalazine (Salazopyrine®) zijn veilig tijdens de zwangerschap. Bij sulfasalazine moet wel extra foliumzuur genomen worden. Ook het gebruik van corticosteroiden is mogelijk en kan soms nodig zijn om een eventuele opstoot tijdens de zwangerschap onder controle te brengen. Biologische behandelingen (bv. infliximab, adalimumab, vedolizumab, ustekinumab), kunnen eveneens gegeven worden gedurende de volledige zwangerschap. Toch worden deze soms gestopt tijdens het derde trimester omdat de medicatie dan door de placenta naar het kind kan gaan. Het verder geven van deze medicatie is echter soms toch nodig bij risicopatiënten om de ziekte onder controle te houden. Dit blijkt geen schadelijke gevolgen te hebben voor het kind. Wel wordt er dan aangeraden het kind de eerste 6 maanden na de geboorte geen levend-verzwakte vaccins toe te dienen. Op heden zijn er onvoldoende gegevens en veiligheidsdata over JAK-inhibitoren tijdens de zwangerschap. Daarom wordt deze medicatie zowel bij mannen als vrouwen afgeraden indien er een zwangerschapswens is.

BEVALLING

De meeste vrouwen met IBD kunnen vaginaal bevallen, behalve wanneer er sprake is van actieve anale fistels of wanneer de patiënt een pouch heeft. Dan wordt een keizersnede geadviseerd.

BORSTVOEDING

IBD hoeft geen reden te zijn om af te zien van borstvoeding. Het geven van borstvoeding kent zeker enkele voordelen. Zo zou het bij de moeder mogelijks kunnen leiden tot minder opflakkingen van de ziekte en bij het kind wordt het krijgen van borstvoeding vaak geassocieerd met minder allergieën. De meeste behandelingen die voorgeschreven worden bij IBD komen niet of slechts in minimale hoeveelheden terecht in de moedermelk en kunnen dus ook verdergezet worden. Bij thiopurines en systemische corticosteroiden wordt aangeraden om minstens vier uur te laten tussen de inname van de medicatie en het geven van borstvoeding omdat hiervan toch minimale hoeveelheden van in de moedermelk kunnen voorkomen. Over de invloed van biologische behandelingen en borstvoeding zijn slechts weinig gegevens bekend, maar men neemt aan dat ze veilig zijn. Indien de wens bestaat om borstvoeding te geven, raden wij aan om dit met uw behandelend arts te bespreken.

Mesalazine	Laag risico	Laag risico
Sulfasalazine	Laag risico	Laag risico
Corticosteroiden	Laag risico, maar langdurig gebruik vermijden	Laag risico, 4 uur interval tussen inname en borstvoeding.
Thiopurines	Laag risico in monotherapie	Laag risico, 4 uur interval tussen inname en borstvoeding
Methotrexaat	Hoog risico (te vermijden)	Hoog risico (te vermijden)
Metronidazole	Vermijden in 1 ^{ste} trimester	Hoog risico (te vermijden)
Ciprofloxacine	Vermijden in 1 ^{ste} trimester	Laag risico, 4uur interval tussen inname en borstvoeding
Infliximab, adalimumab	Laag risico in monotherapie	Laag risico
Vedolizumab	Laag risico in monotherapie, beperkte data	Laag risico
Ustekinumab	Laag risico in monotherapie, beperkte data	Laag risico
Tofacitinib	Beperkte data (zwangerschap afgeraden)	Beperkte data